

طلب الحصول على خدمات إعالة الطفل



مرحباً بكم!

يعمل برنامج دعم الطفل في نيويورك مع الوالدين وأولياء الأمر لتقوية الأسر وتزويد الأطفال بالدعم المالي والطبي الذي يحتاجون إليه.

للبدء في عملية تقديم الطلب:

1. راجع معلومات هامة حول خدمات إعالة الطفل، الصفحات 1 إلى 4 واحتفظ بهذه الوثيقة لسجلاتك.
2. أكمل ووقع الجزء **A** - الطلب (الصفحات A-1 إلى A-4). **يجب عليك التوقيع على الطلب لتلقي خدمات إعالة الطفل.**
3. أكمل الجزء **B** - معلومات الطفل (الصفحات B-1 إلى B-2) لكل طفل (لغاية طفلين) مع الطرف الثاني المسمى في هذا الطلب.
4. إذا كان لديك أكثر من طفلين (2) من الطرف الثاني المسمى في هذا الطلب، احصل على النموذج المنفصل "معلومات إضافية عن الطفل" (**Additional Child Information**) ورقمه (**LDSS-5143B**)، وقم بتعبئته لكل طفل إضافي أو استنسخ الصفحة **B-1** من الجزء **B**.
5. راجع الجزء **C** - المستندات الداعمة (الصفحة C-1) وقدم نسخاً من كل المستندات ذات الصلة عند تقديم الطلب.

المرجع فقط

معلومات هامة حول خدمات إعالة الطفل

نرجو أن تقرأ الصفحات 1-4 وتحفظ بها للسجلات الخاصة بك.

التعريفات

الطفل - شخص تحت سن 21 سنة يتم السعي للحصول على إعالة له.
الوالدة (ة) الحاضنة (ة) - الوالدة (ة) الذي لديه حق الرعاية الرئيسية والحضانة للطفل. في حالات اقتسام الحضانة يكون هذا الوالدة (ة) هو المؤهل لتلقي إعالة الطفل.
الوصي (ة) - شخص غير الوالدة (ة) يوفر الرعاية ولديه حق الحضانة الفعلية لطفل واحد على الأقل تحت سن 21. إذا أقام الطفل مع الوصي (ة) من يوم إلى يوم، يصبح لدى الوصي (ة) الحضانة الفعلية للطفل.
الوالدة (ة) غير الحاضنة - الوالدة (ة) الذي يجب عليه تسديد إعالة الطفل.
الوالدة (ة) المزعوم - الشخص الذي يكون هو والدة (ة) الطفل الطبيعي ولكن لم يتم بعد إعلانه قانونياً على أنه الوالدة (ة).
الوالدة (ة) الراغب - شخص يرغب في الارتباط قانوناً كوالدة (ة) طفل تم إنجابها بوسائل مساعدة.

الأهلية

في ولاية نيويورك، يكون الوالدان مسئولان عن إعالة طفلها حتى يبلغ سن 21 من العمر. يمكن لأي والدة (ة) أو وصي (ة) لطفل واحد على الأقل تحت سن 21 أن يتقدم للحصول على خدمات إعالة الطفل. يمكن أيضاً لأي طفل تحت سن 21 أو والدة (ة) غير حاضنة أو والدة (ة) مزعوم، أو والدة (ة) راغب أن يتقدم للحصول على خدمات إعالة الطفل.

الحفاظ على السرية

يتوجب على برنامج إعالة الطفل حماية سرية وصحة وتوفير واستخدام كافة معلوماتك الشخصية (بما في ذلك معلومات الملف المحفوظة على نظام حاسوب برنامج إعالة الطفل. نشارك عنوانك وغيرها من المعلومات المحددة للهوية مع الوكالات الحكومية المحلية والفدرالية الأخرى فقط لأغراض إعالة الطفل أو غير ذلك مما يسمح به القانون. لا يتم الإفصاح عن المعلومات إلا للأشخاص المخولون لأسباب يسمح بها القانون.

استخدام رقم الضمان الاجتماعي: يتطلب (الباب الرابع - د من قانون الضمان الاجتماعي) أن يتم استخدام رقم الضمان الاجتماعي فقط في تحديد مكان الوالدين أو إثبات الأبوة و/ أو النسب و/ أو إثبات أو تعديل أو تنفيذ قرار إعالة، أو إدارة بعض برامج المعونة العامة المعينة؛ أو غير ذلك مما يسمح به القانون. بالإضافة إلى ذلك، سيكون رقم الضمان الاجتماعي خاضعاً للتحقق من خلال إدارة الضمان الاجتماعي.

الشواغل بخصوص السلامة

الرجاء تأكد من قراءة والإجابة على السؤال المتعلق بالشواغل بخصوص السلامة على الصفحة 1-A من الجزء A - الطلب. إذا وضعت إشارة على "نعم" في السؤال، سيقوم مكتب برنامج إعالة الطفل المحلي بمناقشة شواغلك معك ويمكنه مساعدتك في تقديم إفادة سرية إلى المحكمة. يمكننا أيضاً مساعدتك في الحيلولة دون ظهور عنوانك على المستندات التي نرسلها إلى المحكمة. سنحظر الإفصاح عن معلومات المكان عند طلبك ذلك، أو إذا علمنا:

- أنك تعيش في ملجأ للعنف الأسري؛
- أن لديك أمر حماية بخصوص الطرف الآخر؛
- أن لديك إحالة بسبب العنف الأسري أو خلاف ذلك من إقرار كتابي من موفر خدمة عام أو خاص؛ أو
- أن محكمة قد قررت بأن التواصل مع الطرف الآخر ينشئ خطر ضرر جسدي أو نفسي لك أو لطفلك.

الخدمات

سيوفر برنامج إعالة الطفل خدمات إعالة الطفل الملائمة لحالتك حسب ما هو معرف في القوانين الفدرالية وقوانين ولاية نيويورك، والنظم والسياسات. بمساعدتك وتعاونك قد يتم توفير خدمات إعالة الطفل لك طالما كانت إعالة الطفل مطلوبة ولك الحق بها. سيتم توفير الخدمات التالية حسب ما هو ملائم:

مكان الطرف الآخر، بما في ذلك تحصيل معلومات حول العناوين والتوظيف ومصادر الدخل الأخرى والأصول والتغطية الصحية؛

إثبات النسب لطفل من خلال عملية الإقرار الطوعي أو من خلال عملية تعتمد على المحكمة؛

إثبات و/أو تعديل أمر إعالة الطفل، بما في ذلك توفير تغطية التأمين الصحي أو الدعم المالي للصحة، إن توفر، من أي من الوالدين؛

تحصيل وتوزيع إعالة الطفل أو مجموع إعالة الطفل ونفقة الزوج(ة) قابلة للدفع من خلال وحدة تحصيل الإعالة بما في ذلك مصروفات الدراسة وتكاليف رعاية الطفل، والتغطية الصحية النقدية؛

تنفيذ التزامات إعالة الطفل من خلال حجز مبالغ من الراتب أو أي دخل آخر، وحجز أية أموال مستردة من مصلحة الضرائب الفدرالية أو التابعة لولاية نيويورك، والحجز على الممتلكات وأرباح اليانصيب، وإبلاغ شركات الائتمان، وحرمان الوالد(ة) غير الحاضن من رخصة قيادة السيارة، والإحالة إلى إدارة ولاية نيويورك للضرائب للتحصيل. يتم أيضاً تنفيذ أمر المحكمة بخصوص التأمين الصحي من قبل برنامج إعالة الطفل؛

• تقديم **التماسات المخالفات** وإجراء التقاضي؛ و

• المساعدة في إعداد أمر **سار لإعالة الطفل** يتم تحصيله عن طريق وحدة تحصيل الإعالة.

يتم توفير كل الخدمات المدرجة أعلاه أيضاً إلى الوالدين اللذين يقيمان في مقاطعات أو ولايات أو بعض الدول الأخرى.

قد يتم إقفال ملف إعالة الطفل الخاص بك للعديد من الأسباب، بما في ذلك، ودون تحديد:

• عدم إمكانية إثبات النسب؛

• لم يمكن تحديد مكان الطرف الآخر بعد بذل جهد كبير، أو أنه مسجون بدون احتمال إفراج مشروط، أو معاق وليس لديه قدرة على تسديد مبلغ الإعالة أو أنه في إقامة جماعية جبرية؛

• أخفق متلقي الخدمات في التعاون أو توفير معلومات ضرورية للخطوة التالية في توفير الخدمات؛

• قدم متلقي الخدمات طلباً كتابياً أو شفهيّاً بإغلاق الملف؛ أو

• ليس باستطاعة برنامج إعالة الطفل الاتصال بمتلقي الخدمات.

إثبات النسب

يمثل إثبات النسب عملية تحديد الوالد(ة) القانوني لطفل ما. كونك الوالد(ة) القانوني يعني أن لديك حقوقاً ومسؤوليات أبوية تجاه طفلك، مثل الحق في طلب الحضانة أو الزيارة والمسؤولية عن رعاية طفلك ودعمه، بما في ذلك الدعم المالي والطبي. الوالد(ة) المزعوم أو الراغب ليس لديه أي حقوق أو مسؤوليات تجاه الطفل حتى يتم إثبات النسب.

في ولاية نيويورك، يمكن إثبات النسب بأي من الطرق التالية:

• استخدام عملية الإقرار الطوعي.

• تقديم التماس إلى محكمة العائلة لجعل المحكمة تحدد الأبوة وإصدار أمر البتة، أو تقديم التماس للمحكمة لتحديد النسب وإصدار حكم النسب.

• بموجب اتفاقية تأجير الأرحام، أو في سجل يوضح موافقة الوالدين على استخدام الإنجاب بوسائل مساعدة.

التزامات إعالة الطفل

النسب المئوية لإعالة الطفل

17%	طفل واحد
25%	2 طفلان
29%	3 أطفال
31%	4 أطفال
35% على الأقل	5 أو أكثر

يشمل الالتزام الأساسي بإعالة الطفل التزاماً محدد بالنسبة و/ أو الدعم الصحي النقدي و/ أو تكاليف رعاية الطفل و/ أو مصروفات الدراسة للطفل، إذا تم تحديده من قبل المحكمة (قانون محكمة العائلة، القسم 413، وقانون العلاقات الأسرية، القسم 240).

يتم تطبيق معيار النسب المئوية على إجمالي دخل الوالدين بحد أقصى 154,000 دولار. فيما يزيد عن مبلغ 154,000 دولار (والذي سيرتفع في عام 2022 وكل سنتين بعد ذلك مع تغير مؤشر أسعار المستهلك لكل المستهلكين من سكان المدن [CPI-U]) ستحدد المحكمة إذا ما كانت ستستخدم معيار النسب المئوية. قد تبتعد المحكمة عن الالتزام بالنسب المئوية حسب عوامل مدرجة في قانون محكمة العائلة، القسم 1413(1) و(و) وقانون العلاقات الأسرية، القسم 240(1-ب)(و).

الالتزام بخصوص الدخل المنخفض: إذا كان دخل الوالدة) غير الحاضن يعتبر مساوياً أو أقل من مستوى الفقر الفدرالي لشخص واحد، يكون مبلغ الإعالة المفترض هو 25 دولار في الشهر. إذا كان الدخل مساوياً أو أقل من خط الاكتفاء الذاتي (135% من مستوى الفقر الفدرالي) ولكن أعلى من مستوى الفقر الفدرالي، يكون مبلغ الإعالة المفترض هو 50 دولار في الشهر.

تعديل تكاليف المعيشة (COLA): يتأهل أمر الإعالة لتعديل تكاليف المعيشة عندما يكون قد مر عليه سنتين (2) وكان مجموع معدل تغيير النسبة السنوي في مؤشر أسعار المستهلك (CPI-U) يساوي أو أكثر من عشرة (10) بالمئة منذ أن تم إصدار أو تغيير أو تعديل الأمر. سيتم مراجعة حسابك كل سنتين لتجديد ما غذا كان الأمر مؤهلاً لتعديل تكاليف المعيشة. يمكن عمل تعديلات تكاليف المعيشة بدون الرجوع إلى المحكمة. يتم إرسال إخطار إلى كل من الوالدين إذا تأهل الأمر القضائي لتعديل تكاليف المعيشة، ويمكن لأي من الطرفين المطالبة بإجراء التعديل.

تعديل الأوامر القضائية: يستطيع برنامج إعالة الطفل مساعدتك في تقديم التماس لتعديل أمر إعالة الطفل الخاص بك، إذا لزم ذلك. لكل من الطرفين حق السعي للحصول على تعديل لأمر الإعالة بناءً على غثبات تغيير كبير في الظروف أو غيرها من الشروط المدرجة في قانون محكمة العائلة، القسم 2451(2) (ب).

الحق في المعلومات بخصوص الإجراءات القانونية: لك الحق في أن يتم إبلاغك عن الساعة والتاريخ ومكان أي إجراء قضائي يخصك. سيتم تزويدك بنسخة من أي أمر ينشئ أو يغير أو يعدل أو ينفذ أمر إعالة أو أي أمر برفض الالتماس.

توزيع الدفعات

يتم توزيع دفعات الإعالة حسب قواعد التوزيع لولاية نيويورك وللحكومة الفدرالية.

إذا لم يكن الوالدة) الحاضن قد تلقى المعونة المؤقتة أبداً، سيتلقى كل مبلغ إعالة الطفل الذي يتم تحصيله فيما عدا الرسوم السنوية للخدمات وتكاليف استرداد الرسوم القانونية، إذا انطبق ذلك.

إذا كان الوالدة) الحاضن قد تلقى المعونة المؤقتة في السابق، سيتم استخدام مبلغ إعالة الطفل الذي تم تحصيله لتسديد الإعالة الحالية ومن ثم تسديد مبالغ إعالة الطفل المتأخرة المستحقة للوالدة) الحاضن، ومن ثم تسديد مبالغ إعالة الطفل المستحقة لدائرة الخدمات الاجتماعية. المبالغ التي يتم تحصيلها من الاسترداد الضريبي سيتم استخدامها أولاً لتسديد مبالغ إعالة الطفل المتأخرة المستحقة لدائرة الخدمات الاجتماعية، ومن ثم تسديد مبالغ إعالة الطفل المستحقة للوالدة) الحاضن.

استعادة الدفعات الزائدة

يقوم برنامج إعالة الطفل بتحويل مبالغ إعالة الطفل نيابة عنك ويرسلها لك. في حالات نادرة، قد تحدث دفعات زائدة بسبب خطأ في إرسال المبالغ (يرسل المبلغ إلى الشخص الخطأ) أو بسبب دفعات بدون رصيد (يتم رفض الدفع من قبل بنك المرسل)، بين غيرهما من أسباب. إذا حدث ذلك:

- من مسؤوليتك أن تعيد أو تسدد هذه الأموال.
- سنقوم بالاتصال بك لترتيب تسديد المبلغ الزائد، إما دفعة واحدة أو حسب طلبك باحتجاز خمس وعشرون (25) بالمئة من المبالغ المحصلة حتى يكتمل تسديد المبلغ الزائد.

الخدمات القانونية

- يحق لمقدمي الطلبات طلب الخدمات القانونية لإثبات الأبوة أو لاستصدار أمر إعالة الطفل أو تعديله أو تنفيذه. إذا طلبت الخدمات القانونية سيتم إخطارك من قبل برنامج إعالة الطفل بتكلفة هذه الخدمات، والتي تختلف حسب مكتب برنامج إعالة الطفل المحلي (أنظر القسم التالي).
- إن المحامي الذي تم إسناد قضيتك إليه هو الممثل القانوني لمفوض دائرة الخدمات الاجتماعية وهو لا يمثلك بشكل شخصي.
 - لن يقوم محامي دائرة الخدمات الاجتماعية بتناول أية مسائل متعلقة بحضانة الطفل أو الزيارة أو أية مسائل أخرى لا علاقة لها بإعالة الطفل.
 - أي معلومات تقوم بمشاركتها كتابياً أو شفهاياً مع محامي دائرة الخدمات الاجتماعية أو موظفيها قد لا تبقى سرية، بما في ذلك المعلومات التي تشير إلى الاحتيال أو إساءة معاملة الأطفال.

استعادة تكاليف الخدمات القانونية

- يتم توفير الخدمات القانونية للمتقدمين الذين يكملون نموذج اتفاقية الحق في الاستعادة للخدمات القانونية (LDSS-4920).
- سيتم استعادة تكاليف الخدمات القانونية من مبالغ الإعالة المحصلة من قبل برنامج إعالة الطفل بنسبة 25% من التزامك بإعالة الطفل الحالي.
 - إذا كنت أنت الوالد(ة) غير الحاضن، سيتم استعادة تكلفة الخدمات القانونية بمعدل 25% من الالتزام الحالي بإعالة الطفل أو الدفعة المطلوب منك تسديدها، وسيتم إضافتها إلى التزام الإعالة الذي تسدده حتى يتم استعادة التكلفة.
 - سيتم تسديد كل مبالغ الإعالة المتأخرة بالكامل قبل تسوية تكلفة الخدمات القانونية.

رسوم الخدمة السنوية

- إذا كان الوالد(ة) الحاضن يتلقى خدمات إعالة الطفل ولم يتلق معونة العائلات المحتاجة (TANF) أبداً في ولاية نيويورك أو أي ولاية أخرى، وكانت إعالة الطفل تسدد إلى العائلة، سيتم فرض رسوم سنوية للخدمات بقيمة 35 دولاراً إذا كان مبلغ الإعالة الذي تم تحصيله 550 دولار خلال السنة الفدرالية المالية (1 أكتوبر – 30 سبتمبر). إذا كان للوالد(ة) الحاضن حسابات إعالة الطفل مع أكثر من والد(ة) غير حاضن وتم تحصيل أكثر من 550 دولار، سيتم فرض رسوم بقيمة 35 دولاراً على كل حساب.

خدمة العملاء

يمكنك الحصول على معلومات إضافية حول إعالة الطفل وكذلك معلومات الدفع والحساب إلكترونياً على الرابط childsupport.ny.gov أو بالاتصال على خط مساعدة ولاية نيويورك لإعالة الطفل على الرقم 888-208-4485 (هاتف الصم 9975-875-866 TTY: خدمة الترحيل <http://www.fcc.gov/encyclopedia/trs-providers>). ستحتاج إلى رقم التعريف الشخصي (PIN) لإعداد الحساب الإلكتروني الخاص بك لإعالة الطفل. ستتلقى رقم التعريف الشخصي (PIN) الخاص بك عندما يكتمل إنشاء حساب إعالة الطفل الخاص بك.

من مصلحتك متابعة حسابك للتأكد من تلقي الدفعات بالكامل وفي مواعيدها. يجب عليك الحرص على تحديث عنوانك والبيانات الخاصة بالاتصال، ويمكنك فعل ذلك بالاتصال بالخط الساخن لإعالة الطفل أو بالتواصل مع مكتب برنامج إعالة الطفل المحلي. يمكنك العثور على معلومات الاتصال لمكتب برنامج إعالة الطفل المحلي، بما في ذلك رابط البريد الإلكتروني، على الرابط <https://www.childsupport.ny.gov/DCSE/LocalOffices>.

إشعار عدم التمييز

تحظر ولاية نيويورك التمييز على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي أو الإعاقة أو العمر أو الجنس، وفي بعض الحالات، الدين أو المعتقدات السياسية. بالإضافة إلى ذلك، تحظر ولاية نيويورك التمييز على أساس الهوية الجنسية، وحالة المتحولين جنسياً، والارتباك الجنساني، والتوجه الجنسي، والحالة الاجتماعية، وحالة ضحية العنف المنزلي، والظروف المتعلقة بالحمل، والخصائص الجينية المؤهبة، والتوقيف المسبق أو سجل الإدانة، والحالة الأسرية، والانتقام بسبب معارضة الممارسات التمييزية غير القانونية. لمزيد من المعلومات حول كيفية تقديم شكوى بشأن التمييز، يرجى زيارة الموقع الإلكتروني childsupport.ny.gov.

الجزء A - الطلب

مساعدة خاصة

1أ. ما هي لغتك الأم في التخاطب؟

 English Español বাংলা العربية 中文 Kreyòl Ayisyen 한국어 РУССКИЙ غير ذلك

1ب. ما هي لغتك الأم في القراءة؟

 نعم لا

2. هل تحتاج إلى مساعدة لغوية؟

 نعم لا

3. هل تعاني من إعاقة تمنعك من استكمال الطلب أو إجراء المقابلة؟

إذا أجبت بنعم، ما هو نوع المساعدة التي تحتاجها؟

الشواغل بخصوص السلامة (انظر الصفحة 1 من معلومات هامة حول خدمات إعالة الطفل للمزيد من المعلومات)

هل تشعر بأن سلامتك أو سلامة طفلك في خطر إذا طالبت بخدمات إعالة الطفل؟

 نعم لا

معلومات مقدم الطلب

أنا (اختر واحداً): الوالد(ة) الحاضر الوصي(ة) - القرابة:
 الوالد(ة) غير الحاضر الوالد(ة) المزعوم الوالد(ة) الراغب الطفل

إذا كنت الوالد(ة) الحاضر أو الوصي(ة) أو الطفل أكمل طلباً منفصلاً لكل طرف آخر.

تاريخ إعالة الطفل

هل تتلقى حالياً خدمات إعالة الطفل؟

 نعم لا

 إذا أجبت بنعم، أين؟ المقاطعة الولاية رقم الحالة

هل تلقيت خدمات إعالة الطفل في السابق؟

 نعم لا

 إذا أجبت بنعم، أين؟ المقاطعة الولاية رقم الحالة

تاريخ المعونة العامة

هل أنت حالياً متقدم للحصول على، أو متلقي لمخصصات المعونة العامة؟

 نعم لا

 إذا أجبت بنعم، أين؟ المقاطعة الولاية رقم الحالة

إذا أجبت بنعم، توقف. مطلوب نموذج LDSS-5145، الإحالة إلى خدمات إعالة الطفل.

هل تلقيت في السابق مخصصات المعونة العامة تحت برنامج المعونة المؤقتة للعائلة المحتاجة (TANF).

 نعم لا

 إذا أجبت بنعم، أين؟ المقاطعة الولاية رقم الحالة

آخر تاريخ تلقيت فيه المعونة (شهر/يوم/سنة)

الاسم القانوني

اسم حركي أو اسم آخر تعرف به
(مثل الاسم قبل الزواج)

اللقب

الأخير

الأوسط

الأول

رقم الضمان الاجتماعي/ رقم التعريف الضريبي (SSN/ITIN)

النوع الاجتماعي

تاريخ الميلاد (شهر/يوم/سنة)

 أنثى ذكر غير ثنائي/ آخر

الانتماء العرقي-الإثني (اختياري)

 أسبوي أسود أو أفريقي أمريكي

 ذو أصول هسبانية أو لاتينية أبيض غير هسباني

 أمريكي من السكان الأصليين أو مواطني أسكا الأصليين من سكان هاواي أو جزر الهادي الأصليين غير ذلك

عنوان السكن

لناية:

العنوان البريدي

لناية:

الشارع

الشارع

الطابق/ الشقة

المدينة

الولاية

الرمز البريدي

الطابق/ الشقة

المدينة

الولاية

الرمز البريدي

معلومات الاتصال رقم هاتف المنزل	رقم الهاتف المحمول	رقم هاتف آخر	عنوان البريد الإلكتروني
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
التفضيل <input type="checkbox"/> المنزل <input type="checkbox"/> المحمول <input type="checkbox"/> غير ذلك	أفضل وقت للاتصال <input type="checkbox"/> الصباح <input type="checkbox"/> المساء <input type="checkbox"/>		

طرف الاتصال الثانوي الأول	الأوسط	الأخير	اللقب	العلاقة
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
الشارع	المدينة	الولاية	الرمز البريدي	رقم الهاتف
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

حالة الزواج مع الطرف الآخر هل كنت متزوجاً من الطرف الآخر في أي وقت؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	تاريخ الزواج	<input type="text"/>
مكان الزواج	المدينة	الولاية	الدولة
<input type="checkbox"/> منفصل	تاريخ الانفصال القانوني	اسم المحكمة	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> مطلق	تاريخ الطلاق	اسم المحكمة	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> بانتظار الطلاق	اسم المحكمة	الولاية	<input type="text"/>

حالة الزواج مع شخص غير الطرف الآخر هل كان المتقدم متزوجاً من شخص آخر غير الطرف الثاني المسمى في هذا الطلب؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>		
من	إلى	اسم الزوج	<input type="text"/>
من	إلى	اسم الزوج	<input type="text"/>

المعلومات الخاصة بتغطية الرعاية الصحية هل يوفر أو يقدم رب عمل/ مؤسسة المتقدم مزايا التأمين الصحي؟	نعم (رجاء التحديد): <input type="checkbox"/> تغطية فردية <input type="checkbox"/> تغطية عائلية <input type="checkbox"/>
هل يشارك المتقدم؟	لا <input type="checkbox"/> غير معروف <input type="checkbox"/>

أكمل إلى الصفحة A-3

معلومات الطرف الآخر

الطرف الآخر هو (اختر واحد):

 الوالدة) غير الحاضن الوالدة) المزعوم الوالدة) الراغب الوالدة) الحاضن الوصي(ة)

الاسم القانوني

اسم حركي أو اسم آخر تعرف به
(مثل الاسم قبل الزواج)
 الأول الأوسط الأخير اللقب

رقم الضمان الاجتماعي/ رقم التعريف الضريبي (SSN/ITIN)

الجنس

تاريخ الميلاد (شهر/يوم/سنة)

 أنثى ذكر غير ثنائي/ آخر

الانتماء العرقي-الإثني (اختياري)

 أسبوي أسود أو أفريقي أمريكي ذو أصول هسبانية أو لاتينية أبيض غير هسباني

 أمريكي من السكان الأصليين أو مواطني ألاسكا الأصليين من سكان هاواي أو جزر الهادي الأصليين غير ذلك

اللغة الأساسية

 الإنكليزية الإسبانية لغة أخرى (حدد)

الوصف

 الطول قدم بوصة الوزن رطل لون العينين لون الشعر

 العلامات المميزة ندبات أو شام الوصف الصورة نعم (أرفق صورة) لا

معلومات وسائل التواصل الاجتماعي

 فيسبوك تويتر إنستغرام

معلومات الوالدة(ة) للطرف الآخر

 الاسم العنوان رقم الهاتف العلاقة

 الاسم العنوان رقم الهاتف العلاقة

 المدينة الولاية الدولة

 محل الميلاد المدينة الولاية الدولة

علاقة الطرف الآخر بالمتقدم

تاريخ آخر تواصل

 الزوج(ة) الزوج(ة) السابق الوالدة(ة)

شهر/يوم/سنة

 الشريك(ة) الشريك(ة) السابق غير ذلك

 عنوان السكن الحالي آخر عنوان معروف

 عنوان السكن لعناية:

 الشارع الشارع

 الطابق/ الشقة المدينة الولاية الرمز البريدي

 الطابق/ الشقة المدينة الولاية الرمز البريدي

 المدينة الولاية الرمز البريدي

 المدينة الولاية الرمز البريدي

معلومات الاتصال

 رقم هاتف المنزل رقم الهاتف المحمول رقم هاتف آخر عنوان البريد الإلكتروني

 التفضيل المنزل المحمول غير ذلك أفضل وقت للاتصال الصباح المساء

التوظيف

 هل الطرف الآخر موظف؟ نعم لا غير معروف تاريخ آخر فترة توظيف

هل الطرف الآخر يعمل لنفسه؟

 نعم لا غير معروف

اسم رب العمل/ المؤسسة

 الحالي آخر معروف

عنوان رب العمل/ المؤسسة

 الشارع المدينة الولاية الرمز البريدي رقم الهاتف

 المسمى الوظيفي/ المهنة: الراتب السنوي

المخصصات الأسبوعية

 هل يتلقى الطرف الآخر مخصصات تأمين البطالة من ولاية نيويورك (UIB)? نعم لا غير معروف دولار

 هل الطرف الآخر عضو في اتحاد عمالي/ منظمة? نعم لا غير معروف الاسم:

حالة الزواج مع شخص غير المتقدم

هل كان المتقدم متزوجاً من شخص آخر غير المتقدم؟

لا نعم

اسم الزوج(ة) العنوان
 عنوان البريد الإلكتروني رقم الهاتف

وضع السجن

هل الطرف الآخر في السجن؟

لا نعم غير معروف

اسم المنشأة رقم السجن
 عنوان المنشأة المدينة الولاية الرمز البريدي الدولة

المعلومات الخاصة بتغطية الرعاية الصحية

هل يوفر أو يقدم رب عمل/ مؤسسة الطرف الآخر مزايا التأمين الصحي؟

لا نعم غير معروف

هل يشارك الطرف الآخر؟

لا نعم (رجاء التحديد): تغطية فردية تغطية عائلية غير معروف

معلومات المركبة

النوع الموديل السنة اللون
 مملوكة مستأجرة مركبة للشركة رقم لوحة المركبة الولاية

معلومات إضافية (مثلاً الأصول، أطراف اتصال أخرى)

طلب/ تأكيد الحصول على خدمات إعالة الطفل

بترقيعي أذناه فإني أفهم وأوافق على ما يلي:

أنا متقدم للحصول على خدمات إعالة الطفل بموجب قانون ولاية نيويورك للخدمات الاجتماعية، القسم -111ز وحسب الباب -4 من قانون الضمان الاجتماعي الفدرالي. أقر وأؤكد بهذا، تحت طائلة عقوبة القسم الكاذب، بأن المعلومات التي وفرتها في هذا الطلب وأي وثائق مرفقة قد تم مراجعتها من قبلي وأنها صحيحة ودقيقة على حد علمي واعتقادي. سأعاون مع برنامج إعالة الطفل في جهودها لتوفير الخدمات، وأوافق على إخبار مكتب برنامج إعالة الطفل المحلي فوراً بأي معلومات جديدة أو متغيرة ومتعلقة بالمعلومات التي وفرتها.

لن أقبل أي دفعات إعالة الطفل التي أمرت بها المحكمة مباشرة من الوالد غير الحاضن، أو، إذا تم استلام أي منها، سأقوم فوراً بإرسالها إلى New York State Child Support Processing Center, P.O. Box 15363, Albany, NY, 12212.

لقد تلقيت معلومات هامة حول خدمات إعالة الطفل والتي تشمل معلومات حول استعادة الدفعات الزائدة. أدرك أنه في حالات نادرة، قد تحدث دفعات زائدة بسبب خطأ في إرسال المبالغ (يرسل المبلغ إلى الشخص الخطأ) أو بسبب دفعات بدون رصيد (يتم رفض الدفع من قبل بنك المرسل)، بين غيرها من أسباب. أدرك أيضاً من مسؤوليتي أن أعيد أو أسدد هذه الأموال وأنكم ستتواصلون معي لطلب التسديد. يمكنني تسديد المبلغ الزائد، إما دفعة واحدة أو قد أطلب أن تقوم باحتجاز خمس وعشرون (25%) بالمئة من المبالغ المحصلة حتى يكتمل تسديد المبلغ الزائد. الموافقة على استقطاع 25% من التحصيل المستقبلي طوعية.

أفهم أن برنامج إعالة الطفل قد يرسل المراسلات إلكترونياً، بما في ذلك، عبر البريد الإلكتروني أو الرسائل النصية أو الطرق الأخرى المتاحة.

لضمان السرية، أفهم أنه من مسؤوليتي توفير عنوان بريد إلكتروني ورقم هاتف محمول آمن وصالح وفعال، وإخطار مكتب برنامج دعم الطفل المحلي إذا تغيرت هذه المعلومات.

حدد هذا المربع إذا كنت لا ترغب في استلام المراسلات إلكترونياً. ضع علامة في هذا المربع إذا كنت ترغب في طلب الخدمات القانونية. سيتم توفير نموذج اتفاقية الحق في الاستعادة للخدمات القانونية (LDSS-4920) حتى تكمله.

توقيع المتقدم تاريخ الطلب
 اكتب الاسم بحروف واضحة

For Agency Use Only

Worker Code NY Case Identifier Date Application Received

.Reminder: review Safety Concerns on page A-1 and evaluate need for FVI

القسم C - المستندات الداعمة

الرجاء توفير نسخ من كافة المستندات الداعمة إلى مكتب برنامج إعالة الطفل المحلي. تمكن المستندات الداعمة برنامج إعالة الطفل بالمضي قدماً في قضية إعالة الطفل الخاصة بك، بما في ذلك إثبات النسب واستصدار أو تعديل أو تنفيذ أمر الإعالة، حسب ما ينطبق. تساعد المستندات الداعمة أيضاً المحكمة في تحديد دخل كل والد والتزام إعالة الطفل الأساسي. ضع علامة (✓) في المربعات لتحديد المستندات التي توفرها.
لا ترفق أية وثائق أصلية بالبريد.

المستندات العامة

- إثبات هوية المتقدم (مثلاً رخصة القيادة، جواز السفر)
- التماسات إعالة الطفل أمر (أوامر) الإعالة شهادة الزواج اتفاق الانفصال وثيقة الطلاق
- أمر (أوامر) حضانة أمر الحماية/ أمر الزجري بطاقات مزايا التأمين الصحي
- ملخص تغطية برنامج مزايا التأمين الصحي غير ذلك

مستندات الوالد(ة) الحاضر

- كعوب شيكات راتب حديثة أحدث إقرار ضريبي فدرالي وكل جداوله W-2
- بطاقة الضمان الاجتماعي/ رسالة مصلحة الضرائب لرقم التعريف الضريبي الشخصي رسالة (رسائل) منح الضمان الاجتماعي / دخل الضمان التكميلي (SSI)
- غير ذلك

مستندات الطفل (لكل طفل)

- شهادة الميلاد أمر تحديد النسب (على سبيل المثال، أمر البنوة، حكم النسب) إقرار الأبوة/ النسب
- شهادة نزاع الأبوة/ النسب بطاقة الضمان الاجتماعي إثبات مصروفات رعاية الأطفال إثبات المصاريف التعليمية
- إثبات مصروفات رعاية صحية غير مغطاة رسالة (رسائل) منح الضمان الاجتماعي / دخل الضمان التكميلي (SSI)
- اتفاقية معونة التبني (الدفعة بين الوالدين المتبنين ودائرة الخدمات الاجتماعية) أو اتفاقية الإلحاق (تم وضع الطفل بغرض التبني)
- اتفاقية تأجير الأرحام/ المساعدة على الإنجاب غير ذلك

مستندات الوالد(ة) غير الحاضر/ الوالد(ة) المزعوم

- بطاقة الضمان الاجتماعي/ رسالة مصلحة الضرائب لرقم التعريف الضريبي الشخصي كعوب شيكات راتب حديثة أحدث إقرار ضريبي فدرالي وكل جداوله
- W-2 إخطار بمخصصات تأمين البطالة رسالة (رسائل) منح الضمان الاجتماعي/ دخل الضمان التكميلي (SSI)
- الخدمة العسكرية (DD-214) معلومات السجن، الإفراج المشروط أو الإفراج المبكر
- إخطار بمخصصات المعونة المؤقتة للعائلات المحتاجة (TANF) إثبات المعونة الطبية (MA)، معونة التغذية التكميلية (SNAP) و/ أو الإقامة بملجأ
- معلومات حول الرخص المهنية، العملية، الوظيفية، الترفيهية أو القيادة
- غير ذلك